UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 90

MÉTRORRAGIES VIRGINALES

ET

NEURO-ARTHRITISME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1912

PAR

Mlle Marie COLLIAT

Née à Voiron (Isère), le 4 mars 1881

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { VIRES, Professeur, *Président.* / SARDA, Professeur. / SOUBEYRAN, Agrégé. / EUZIÈRE, Agrégé } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

MÉTRORRAGIES VIRGINALES

ET

NEURO-ARTHRITISME

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 90

MÉTRORRAGIES VIRGINALES

ET

NEURO-ARTHRITISME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

M^lle^ Marie COLLIAT

Née à Voiron (Isère), le 4 mars 1881

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — VIRES, Professeur, *Président.* ; SARDA, Professeur. ; SOUBEYRAN, Agrégé. ; EUZIERE, Agrégé — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.généR
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse ;

MM. VIRES, professeur, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
SARDA, *professeur-adj.*	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR CONSTANCE

DOCTEUR EN MÉDECINE

A MES SŒURS AINÉES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

MARIE COLLIAT.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE GRENOBLE ET DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MON PREMIER MAITRE EN GYNÉCOLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR HERMITE

CHIRURGIEN-ACCOUCHEUR DES HOPITAUX DE GRENOBLE

En témoignage de ma profonde gratitude.

MARIE COLLIAT.

A MON DISTINGUÉ MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VIRES

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Hommage de reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

SOUBEYRAN ET EUZIÈRE

Hommage de sympathie respectueuse et reconnaissante.

MARIE COLLIAT.

MÉTRORRAGIES VIRGINALES

ET

NEURO-ARTHRITISME

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

La pathologie génitale étudiée dès le jeune âge de la femme offre un intérêt réel si l'on considère combien elle peut fournir de documents précieux lorsqu'il s'agit de remonter aux sources des affections pouvant survenir pendant l'activité sexuelle.

C'est ce que Trélat a bien mis en lumière en étudiant d'une façon magistrale : « La métrite à travers les âges de la femme ». Il fait justement remarquer qu'il est assez rare de rencontrer une femme souffrant de l'utérus ou des annexes, ne présentant pas un passé utérin virginal.

L'étude des affections génitales virginales n'est donc pas indifférente.

Nous ne devons pas nous étonner de rencontrer assez fréquemment la métrite chez les vierges, surtout au moment de la puberté. Les leuchorrées purulentes des

petites filles (rougeole, scarlatine), la malpropreté de certaines enfants, la masturbation, le peu de soin de la vulve où pullulent les microorganismes sont pour nous faire souvenir que les agents infectieux sont là, prêts à s'abattre sur l'utérus.

D'autre part, au moment de l'évolution menstruelle, la cavité utérine devient plus perméable, la muqueuse congestionnée constitue un excellent terrain de culture. Congestion et septicité, voici deux facteurs d'une inflammation, d'une métrite. Joignons-y les irrégularités, les arrêts, les reprises si fréquents avant l'établissement régulier des règles, et nous aurons autant de conditions favorables au développement de la maladie.

Mais de ce que, en cherchant, on arrive à trouver un certain nombre de *métrites virginales*, il nous semble excessif de baptiser de ce nom tous les troubles utérins qui peuvent exister chez la jeune fille.

On ne saurait l'oublier, la *métrite* est avant tout et *surtout* une affection de la période d'activité sexuelle, du moment où la femme est exposée au gonocoque et au streptocoque, aux traumatismes et aux accouchements, aux déviations et aux déplacements.

Actuellement, la tendance est peut-être un peu trop grande à voir partout de l'infection, et à négliger l'anatomie et la physiologie au profit de la bactériologie.

Là où certains, et Pozzi (Traité de gynécologie, 1905) ne veulent voir que le résultat d'une infection, dont le début remonte à une date plus ou moins éloignée ; d'autres, parmi lesquels nous pouvons citer, dans ces dernières années, Doléris, Richelot, Hepp, Siredey, reprenant les idées des anciens auteurs : Aran, Scanzoni, Treub, Courty..., font jouer au *tempérament*, à la *diathèse neuro-arthritique* le rôle prépondérant, et, à côté des

métrites chroniques d'origine purement infectieuse, décrivent un ensemble de troubles utérins d'ordre diathésique, liés à une viciation constitutionnelle de la nutrition, caractérisée par une tendance aux congestions, aux hémorragies, à la sclérose, et présentant au point de vue clinique un tableau symptomatique à peu près identique à celui des métrites vraies.

Ils se basent, pour étayer leur manière de voir, sur l'absence totale d'infection, la malade n'ayant présenté à aucun moment le moindre trouble réactionnel pouvant nous faire déceler cette dernière. Et à l'appui de leur théorie, ils nous rapportent des observations dans lesquelles l'anatomie pathologique vient confirmer leur diagnostic.

Ces deux opinions ainsi formulées nous paraissent trop absolues, et il nous semble que, bien souvent, à des troubles utérins que l'on croit être d'ordre purement diathésique, on doive attribuer une origine infectieuse ; mais l'infection a été tellement légère, que, ne se traduisant par aucun symptôme bien manifeste, elle a facilement pu passer inaperçue. Ainsi s'expliquent bien des cas qui nous apparaissent comme chroniques d'emblée chez des malades dont l'organisme entaché, d'une tare diathésique héréditaire ou acquise, présente une « augmentation de tendances morbides », et par conséquent une réceptivité très grande à l'invasion microbienne. « L'organisme, dit Doléris, imprime sa marque signalétique à un processus qui, autrement, se fût éteint, la tare constitutionnelle éternise le processus, la constitution morbide, en un mot, fait la chronicité. »

Nous pouvons ainsi concevoir la constitution et les troubles de nutrition comme une prédisposition capable de préparer l'infection ; nous les voyons aussi intervenir pour exagérer les lésions les plus simples et les éterniser

dans les tissus, apparaître, en un mot, comme un élément surajouté, capable d'engendrer la permanence des lésions, la chronicité des infections banales les plus légères.

Cette conception semble réduire le champ des pseudo-métrites d'origine purement « neuro-arthritique » dont parle Richelot.

Leur existence ne saurait toutefois être mise en doute. Le *tempérament neuro-arthritique peut, à lui seul, créer dans l'utérus*, en dehors de toute infection, *un ensemble de troubles fonctionnels simulant la métrite vraie.*

C'est ce que nous nous efforcerons de démontrer au cours de ce travail en nous occupant des métrorragies, qu'elles aient ou non l'allure de ménorragies, survenant chez des vierges présentant les stigmates du neuro-arthritisme, mais n'ayant aucun antécédent infectieux local et n'étant atteintes ni de maladies générales graves, ni de lésions viscérales pouvant, à elles seules, expliquer l'écoulement sanguin.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous adressons ici l'expression de nos meilleurs remerciements à M. le professeur Soubeyran, qui, après nous avoir confié ce travail, a bien voulu encourager nos modestes efforts et nous aider de ses conseils autorisés.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ÉTUDE GÉNÉRALE DE LA DIATHÈSE NEURO-ARTHRITIQUE

D'après M. Bouchard, l'arthritisme est une entité morbide qui se manifeste par les symptômes suivants :

1° Relâchement des tissus fibreux.

2° Hypertrophie, prolifération et sclérose des éléments normaux des tissus.

3° Hypersécrétions et catarrhes glandulaires.

4° Douleurs spontanées et mobiles, névralgies et migraines, spasmes musculaires.

5° Tendance à la congestion et aux hémorragies.

Ce court aperçu des symptômes montre que l'arthritisme est un trouble général nerveux et vasculaire pouvant porter sur toutes les fonctions de l'organisme et créer dans tous les viscères de l'hypertrophie, de la sclérose, des hémorragies, des ptoses et des douleurs.

Les troubles du système nerveux qu'on observe chez les arthritiques paraissent y jouer un grand rôle, car si le système nerveux règle l'abondance des hémorragies, les névralgies et les spasmes décèlent l'éréthisme constant de celui-ci.

Si maintenant nous voulons donner du neuro-arthri-

tisme une étude générale, nous pouvons dire, avec Hannequin (1901), qu'il est essentiellement caractérisé :

« *a*) Par une *tendance à la congestion*, par une excitabilité réflexe exagérée qui explique la fréquence des affections à forme spasmodique du jeune âge, et le retentissement douloureux, sur tous les systèmes de l'économie, des accidents pathologiques qui surviennent chez les arthritiques à toutes les périodes de l'existence:

» *b*) Par une *diminution de l'activité nutritive* qui ne fait plus subir aux aliments, introduits dans l'estomac et élaborés dans l'organisme, les métamorphoses nécessaires à leur élimination par les reins, la peau et les poumons, sous forme d'urée, d'eau et de Co^2, terme ultime de leurs transformations.

» Les acides, les graisses et les sucres non brûlés, l'acide urique non transformé complètement en urée, s'accumulent dans nos humeurs et nos tissus pour donner lieu à une série d'accidents pathologiques, de manifestations morbides, qui viennent à la fois traduire cette imparfaite élaboration de la matière et révéler l'élément primordial sur lequel elle prédomine. Telle est l'origine de la *dyscrasie acide*, de la *goutte*, de la *gravelle*, de l'*obésité*, de la *lithiase biliaire*, maladies de nutrition proprement dites, qui peuvent exister à l'état isolé, mais que l'on trouve beaucoup plus souvent associées chez le même sujet ou les différents membres d'une même famille ; le vice de nutrition primordial, l'imparfaite élaboration qui leur donne naissance portant presque toujours sur tous les aliments transformés ou non en matière vivante, et non pas exclusivement sur l'un d'eux.

» *c*) Par une viciation nutritive qui porte, non plus sur *l'élaboration des éléments immédiats* (matières azotées, graisses, sucres, acides) destinés à la réparation de nos

tissus ou à la production de la chaleur et de toutes les énergies, mais sur nos tissus et nos organes eux-mêmes, en fait des tissus infirmes, vite atteints d'usure prématurée, de vieillesse anticipée, des organes de moindre résistance vite frappés d'incapacité, d'insuffisance fonctionnelle, de méiopragie, comme le disait Potain, quand nous leur demandons un surcroît de travail. Cette viciation nutritive, ordinairement congénitale et héréditaire, n'est pas fatale ; elle ne porte pas sur tous nos organes et tous nos tissus, mais seulement sur quelques-uns d'entre eux.

» C'est tantôt *un défaut de résistance contre nature*, *une faiblesse héréditaire du tissu musculaire lisse et du tissu conjonctif* qui forme les parois de nos veines, de nos viscères et les ligaments suspenseurs ou de maintien de nos organes : d'où *les varices*, *les dilatations d'estomac*, *les déplacements ou ptoses de la matrice*, *du rein*, *du foie*, *des intestins*, *etc.* Ce sont parfois *les muscles striés*, spécialement ceux de l'abdomen, *qui sont insuffisants* ou frappés d'arrêt de développement au niveau des anneaux herniaires : d'où le relâchement des parois abdominales et les hernies si fréquentes chez les arthritiques.

» C'est tantôt *un défaut de vitalité* de ce même tissu (conjonctif et musculaire lisse) de l'épithélium des vaisseaux, des synoviales articulaires et des tissus périarticulaires, qui deviennent plus irritables, plus vulnérables, qui offrent moins de résistance aux agents pathogènes, qui deviennent plus accessibles à toutes les causes de congestion, d'inflammation, avec tendance à l'hyperplasie, c'est-à-dire à la suractivité formative, à la dégénérescence, à la transformation fibreuse, à la sclérose : d'où l'emphysème pulmonaire, les arthrites chroniques, les lésions scléreuses des artères, des veines et des viscères (artério sclérose, phlébosclérose, sclérose viscérale d'ori-

gine artérielle ou non) ; polysclérose de Landouzy : d'où les phlébites si fréquentes que l'on observe parfois chez presque tous les membres d'une même famille.

» Ainsi se créent *les hérédités de tissus et de maladies qui les frappent* ; ainsi se créent les *hérédités d'organes et de viscéropathies.*

» Or, toutes ces maladies, toutes ces affections, en apparence si disparates, sont réunies entre elles par un lien commun : *le vice de nutrition* que l'on retrouve à l'origine de chacune d'elles, et qui est lui-même sous la dépendance d'un *trouble général de l'innervation*, marquant de son empreinte la plupart des manifestations de la diathèse.

» La plupart des arthritiques portent le cachet, la marque, l'empreinte de cette origine nerveuse ; ce sont des malades *nerveux*, *irritables*, *à tendances congestives*, *à excitabilité réflexe exagérée*, *à réactions vives dépassant facilement le but.* Ce sont des malades qui appartiennent à la grande famille névropathique ; ce sont, pour employer l'heureuse expression du professeur Landouzy, des *neuro arthritiques*, également prédisposés par leur tare originelle aux diverses névroses : neurasthénie, hypocondrie, mélancolie, hystérie, etc..., aussi bien qu'aux affections arthritiques, et dont le nombre est destiné à s'accroître tous les jours, les maladies dont ils sont atteints étant des maladies de civilisation avancée, dans la genèse desquelles les excitations cérébrales répétées, les dépenses intellectuelles exagérées, les émotions déprimantes, les excès de plaisir de toute sorte, aussi bien que les excès de table, entrent pour la plus large part. »

C'est cet ensemble, ou plutôt certains de ces symptômes, que nous constaterons chez nos jeunes malades, ce

sont eux que nous rechercherons avec soin chez leurs ascendants, et qui, une fois dépistés, nous permettront de rattacher à sa véritable cause : la diathèse neuro-arthritique, le trouble fonctionnel utérin que nous étudions spécialement ici.

CONGESTION ET SCLÉROSE UTÉRO-OVARIENNE

A. *Congestion utérine* — Le neuro-arthritisme étant ainsi défini dans ses caractères principaux, comment pouvons-nous expliquer son rôle dans la production des métrorragies virginales ?

Ici, il est une notion que nous ne devons pas perdre de vue : c'est que le neuro-arthritisme est avant tout et surtout une diathèse *congestive*.

En effet, que se passe-t-il chez les arthritiques nerveux ? Nous voyons chez eux se faire des poussées congestives du côté du foie, du rein, des veines hémorroïdaires, des amygdales. Ils sont fréquemment atteints de catarrhes bronchiques et paient un lourd tribut à la sclérose pulmonaire et aux cirrhoses hépatiques. Ils sont sujets, en outre, à des fluxions articulaires fugaces, à des douleurs viscérales variées, à des crises de dyspepsie.

Pourquoi l'utérus ferait-il exception à tous ces organes si profondément atteints ? Plus et mieux que tous les autres, il est prédisposé, de par son anatomie et sa physiologie, aux « engorgements », à l'inflammation.

L'appareil génital de la femme montre, en effet, une prédisposition marquée aux stases sanguines : la circulation veineuse s'y fait seulement par la vis a tergo et la faible contraction des parois vasculaires; les veines n'émergent pas comme les veines profondes des membres, de muscles dont la contraction accélère le courant du sang (Stapffer). Ne nous étonnons donc pas de rencontrer souvent la simple congestion dans un organe que sa

structure et ses fonctions prédisposent éminemment à l'hyperémie.

De cette congestion, Aran a tracé un magistral tableau: « Elle fait, disait-il, en quelque sorte partie intégrante des fonctions du système utérin, puisqu'elle est indispensable à la ponte ovulaire et à la production de l'hémorragie périodique qui l'accompagne. Si elle est exagérée ou prolongée outre mesure, elle constitue un accident morbide d'une réelle importance. »

Récamier (Acad. de méd., 1850) a exprimé la même idée de la façon suivante: « Il y a des tuméfactions et des engorgements utérins résolubles qui ne sont pas inflammatoires, mais qui saignent dès que l'épithélium est détruit; ces engorgements se comportent comme les engorgements hémorroïdaires érectiles de la marge de l'anus. »

Plus près de nous, en 1893, Doléris, dans un important mémoire, cherche à prouver qu'à côté de la vraie métrite blennorragique ou puerpérale, il existe des troubles utérins qui sont la conséquence de simples *troubles de nutrition*, consécutifs à des perturbations nerveuses ou sanguines, lymphatiques ou traumatiques.

Richelot, surtout dans une thèse inspirée à son élève Hepp (1899), a nettement formulé qu'il existe « une dystrophie primitive de l'utérus que l'on rencontre chez certaines femmes issues de souche arthritique, neuro-arthritiques elles-mêmes, et se traduisant par une tendance commandée par une perturbation de l'innervation vasomotrice, dont l'origine nous échappe ». Il a admis et démontré (pseudo-métrites des arthritiques nerveuses) qu'il existe des *congestions*, des *hyperplasies* et des *névralgies* utérines qui n'ont rien à voir avec la métrite.

Enfin, Armand Siredey (La grandeur et la décadence de

la congestion utérine) a montré que la congestion primitive existe, qu'elle est même fréquente et absolument indépendante des raptus congestifs secondaires aux inoculations de l'endomètre et aux maladies générales, enfin, qu'elle est d'essence neuro-arthritique.

Maintes fois, nous trouvons donc cette notion d'une congestion utérine liée et consécutive à un trouble dystrophique d'origine diathésique. Voyons comment nous pouvons en expliquer la pathogénie.

De nombreuses expériences et observations, notamment celles de Bouchard et de Charrin, ont établi l'influence vaso-dilatatrice de certains poisons bactériens, de certaines toxines dont l'action neuro-paralytique a été démontrée. Or, s'il est une vérité, incontestable actuellement, c'est que les plus étroites analogies relient entre elles, au point de vue de leurs propriétés, de leurs affinités et de leur action, les toxines bactériennes et les toxines cellulaires issues de la désassimilation de nos tissus. Qu'y a-t il donc d'étonnant à ce que l'un des effets de la lente *auto-intoxication arthritique* soit précisément ces perturbations soudaines et critiques dont la *congestion utérine* constitue un exemple au même titre que les autres congestions viscérales.

En effet, on conçoit aisément qu'un organe qui, comme l'utérus, est le siège de congestions vaso-motrices intenses et périodiques pendant toute la vie sexuelle, soit très facilement exposé à une exagération de ce même processus physiologique, exagération qui se manifeste chez la jeune fille par une hémorragie utérine d'autant plus abondante que, chez elle, les échanges nutritifs sont plus intenses au moment de la puberté et de la croissance. On comprend mieux aussi « cette manifestation primitive d'un état constitutionnel influençant l'appareil le plus

délicat et le premier en cause chez des jeunes filles qui, plus tard, traduiront la morbidité héréditaire par d'autres affections que la nosologie rapproche volontiers ».

Mais si nous reconnaissons que, par ses toxines, le neuro-arthritisme est susceptible de provoquer une vaso-dilatation générale intermittente, pourquoi n'admettrions-nous pas que, par les mêmes facteurs, il modifie d'une façon notable la composition chimique du sang ? Les travaux de E. Weil (Société de biologie, 27 avril 1912), qui s'appuient sur un grand nombre d'observations, ont démontré, en effet, que, chez toute femme ayant des régles excessives ou prolongées, il y a des troubles de la coagulation sanguine. L'expérimentateur incrimine une diathèse... mais ne la désigne pas.

B. *Sclérose utéro-ovarienne.* — La congestion, simple trouble circulatoire, évoluant au début sans laisser de traces, compromet bientôt, par sa répétition et sa durée, l'intégrité des tissus utéro ovariens. Il s'ensuit une transformation scléreuse de tout l'organe.

Siredey admet même une sclérose apparaissant d'emblée ou évoluant parallèlement à la congestion primitive de l'utérus. Les ovaires eux-mêmes ne sont point épargnés, et la précocité de leur dégénérescence a été fréquemment observée.

Mais si, maintenant, nous voulons pénétrer plus profondément dans leur essence les phénomènes intimes qui finissent par constituer la sclérose utérine, il faudrait se demander par où débute l'affection. Est-ce, comme le pense Brioude (Th. Paris, 1896), toujours par l'appareil circulatoire ? Huchard estime que ces hémorragies sont des hémorragies par « hypertension artérielle », et celle-ci n'est évidemment pas douteuse chez les arthritiques. Du-

plaix, Doléris semblent vouloir faire de l'artério-sclérose la lésion primitive. Lawson Tait parle surtout d'« hyperémie ovarienne ». Quelques auteurs vont plus loin ; pour eux, il y aurait de véritables ruptures vasculaires, en particulier d'athéromes artériels, d'anévrismes capillaires.

D'autres, par contre, font jouer un rôle prépondérant à des actions nerveuses (Dupuy. Des métrorragies essentielles, Th. Paris, 1900).

Vulpian croit que la congestion et l'hémorragie sont produites par l'inhibition des centres vaso-moteurs utérins situés dans la moelle. Enfin, Byford (Congrès international de Philadelphie, 1876) a très bien montré que les conditions qui produisent l'hémorragie ne sont, le plus souvent, qu'une *exagération* de celles qui produisent la menstruation, et qu'il faut leur donner pour origine tantôt le système nerveux, tantôt le système circulatoire. Pierra croit qu'il y a d'abord prolongation de la congestion périodique normale, puis modification tardive des vaisseaux, et que les hémorragies sont dues, presque toujours, à l'intervention d'un élément nerveux. « On admet plutôt aujourd'hui une modification dans le métabolisme cellulaire aboutissant à des altérations humorales. La dystrophie cellulaire entraîne une constitution pathologique du sang, une dyscrasie acide qui trouble la nutrition des parois artérielles et favorise leur rupture. »

En somme, si l'on veut résumer ces opinions diverses en une formule unique, on peut dire, avec Richelot, qu'il s'agit d'un trouble vasculo-nerveux dépendant du tempérament neuro-arthritique. Ce que l'on voit de plus net, comme cause de la métrorragie, c'est la *névropathie* s'associant ordinairement à la *congestion* et à la *sclérose* ; mais établir la part qui revient à l'élément nerveux ou à

l'élément vasculaire, ou à tous les deux conjointement, dans la perte sanguine, cela est fort délicat.

C. *Causes prédisposantes accessoires.* — Cette tendance à la congestion que crée le neuro-arthritisme dans toute la sphère génitale est souvent secondée par des causes permanentes ou accidentelles perturbant la circulation et provoquant l'afflux du sang du côté du bassin et des membres inférieurs.

Au premier rang, il convient de citer la *fatigue* sous toutes ses formes, qu'elle soit commandée par la nécessité d'un pénible labeur ou qu'elle soit la conséquence de sports trop violents. En effet, si les fatigues nécessitées par de dures professions, les longues stations debout, et surtout l'usage prolongé de la machine à coudre à pédale éprouvent cruellement le système génital des enfants du peuple; en revanche : la danse, les bals, l'équitation, la bicyclette, les trop longues marches sont pour les jeunes mondaines une source fréquente de troubles au moment de l'établissement des règles.

L'état des viscères abdominaux ou pelviens exerce une certaine influence sur la circulation de l'utérus et de ses annexes ; les *ptoses rénales* (qui ne sont point exceptionnelles chez la jeune fille) peuvent entraîner la torsion des plexus utéro-ovariens et apporter un obstacle réel au cours du sang. Le *météorisme gastro-intestinal*, répété ou prolongé, contribue à gêner la circulation intra-abdominale ; la *constipation*, par la pression du rectum distendu, sur les veines iliaques, tend également à provoquer la stase sanguine dans les vaisseaux du bassin.

Elle agit également comme cause toxhémique. En effet, la coprostase produit la stagnation dans l'organisme de produits éminemment toxiques destinés à être éliminés :

les ptomaïnes, tous les dérivés de la putréfaction, composés azotés, phénols, indol, scatol, etc..., restent dans l'intestin un temps plus ou moins long, et une portion au moins en est absorbée : d'où accumulation de produits toxiques.

La même explication convient aux cas de déviations utérines si fréquentes chez les arthritiques nerveuses, si bien qu'entre la cause et l'effet s'établit un échange de mauvais procédés.

Le flux menstruel est, pour la femme, un émonctoire de premier ordre qui la débarrasse d'une foule de principes toxiques : que ce flux vienne à être interrompu ou gêné, le sang, ne trouvant pas une voie d'écoulement suffisante, ne peut s'échapper; les règles sont douloureuses, incomplètes, diminuées, puis, tout à coup, les principes toxiques, non éliminés, s'étant accumulés dans l'organisme, il y a une débâcle sanguine, et la métrorragie est constituée.

Des causes banales, comme le *froid*, la *chaleur*, ne sauraient être négligées. On a incriminé aussi, non sans raison, les bains froids ou les bains trop chauds et de trop longue durée.

Certaines *conditions climatériques* peuvent également intervenir : ainsi le séjour au bord de la mer amène assez fréquemment des poussées congestives du côté de l'utérus, et nulle part le caractère idiopathique de ces fluxions n'apparaît plus nettement que dans ces cas.

Mais ce ne sont là que des causes déterminantes occasionnelles : *la cause essentielle* de ces congestions allant jusqu'à l'hémorragie réside dans *une disposition particulière de l'organisme*, car les malades qui présentent ces troubles présentent aussi, dans leurs antécédents héréditaires ou personnels, quelques-unes des maladies qui

caractérisent la déviation de la nutrition : elles ont un système nerveux très impressionnable, prompt à provoquer à distance des réactions très accentuées pour des causes les plus variées et quelquefois les plus minimes ; ce sont, enfin, des neuro-arthritiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomiques et histologiques présentées par les utérus atteints de troubles de nature neuro-arthritique, sont caractérisées par *l'hyperplasie en masse* des tissus normaux.

Le processus morbide évolue en deux phases, sans qu'il soit possible d'établir entre elles une ligne de démarcation bien nette, aussi l'étude des symptômes ne peut dire où s'arrête la *congestion* simple où commence la période de *sclérose* confirmée. C'est pourquoi, nous décrirons ici un type moyen de sclérose utéro-ovarienne le plus généralement rencontré dans les cas de métrorragies virginales d'origine diathésique.

Etude macroscopique (1). — L'utérus est le plus souvent *augmenté de volume* dans des proportions variables, depuis l'utérus de la toute jeune fille, un peu plus gros que la normale, jusqu'au gros utérus de la vierge plus âgée. Il est parfaitement *mobilisable*. Sa surface est régulière, tapissée par une séreuse lisse et polie, sans exsudats péritonéaux, ni adhérences. Le col est gros, quelquefois énorme, rose ou un peu violacé, mais dépourvu d'érosions et de sécrétion purulente.

---

(1) Richelot et Barozzi. Congestion et sclérose de l'utérus.

Parfois, il laisse suinter quelques glaires visqueuses et transparentes, indice de phénomènes congestifs.

La cavité utérine, quelquefois agrandie, atteint jusqu'à 8 et 12 centimètres.

La muqueuse est aussi hypertrophiée mais lisse, régulière, ne présentant aucune solution de continuité.

Résistante et blanchâtre, elle ressemble à celle des utérus fibromateux. Mais ici interviennent deux formes anatomiques spéciales : les *polypes muqueux* du col, et les *fongosités bénignes* de l'utérus. Les polypes muqueux du col, appelés encore utéro-folliculaires, sont assez fréquents ; ce sont de petites tumeurs molles, arrondies ou allongées, rougeâtres, lisses ou grenues à leur surface, pédiculisées sur un point de la cavité cervicale, plus ou moins saillantes à travers l'orifice externe, et jouant le rôle d'un corps étranger qui appelle la congestion et l'hémorragie (Observation III).

Les fongosités bénignes sont de même nature que les polypes ; elles occupent la cavité utérine et n'ont rien à voir avec les granulations inflammatoires de la vraie métrite (Richelot et Barozzi). Elles peuvent être fort nombreuses et bourrer la cavité ; elles aussi appellent la congestion et réalisent une des formes de la « métrite hémorragique » dont la curette triomphe le plus souvent.

Parenchyme. — Sur une coupe de l'organe, on constate que la paroi musculaire a doublé ou triplé d'épaisseur.

La section est lisse et homogène, le tissu est dur, lardacé, exsangue ; l'utérus est blanc ou bien rougeâtre, mou et comme spongieux.

Etude histologique. — Ces aspects variés du parenchyme correspondent à des variétés de structure. Tantôt c'est le tissu conjontif, tantôt c'est la fibre musculaire qui domine, tantôt la vascularité est excessive (angio-sclérose), mais ce qu'il faut noter avant tout, c'est l'*intégrité histologique* des fibres musculaires. Celles-ci ne sont pas dissociées ou interrompues par des travées fibreuses, elles sont hypertrophiées et peuvent être augmentées de nombre. Les travées fibreuses ne prennent pas la place des éléments nobles, n'amènent pas la *diminution et l'atrophie* de l'organe comme le font les scléroses infectieuses.

On a noté la formation d'espaces lymphatiques, de tissu fibreux autour des vaisseaux ; mais cette angio-sclérose, ces manchons fibreux péri vasculaires ne ressemblent que de loin aux traînées de tissu conjontif lâche, muqueux, parsemé d'hémorragies interstitielles et d'amas de cellules embryonnaires qui dispersent et étouffent les faisceaux musculaires dans les utérus infectés.

Muqueuse. — Elle est uniformément hypertrophiée et tapissée par un épithélium normal.

Les glandes sont serrées, nombreuses, allongées, flexueuses, ramifiées, mais elles ne présentent pas d'altération structurale, et ce caractère, joint à l'intégrité du stroma, à l'absence d'infiltration leucocytaire dans les glandes ou autour d'elles, suffit à écarter l'idée d'une infection. On peut en dire autant des polypes muqueux et des fongosités bénignes. Leur structure est celle de la muqueuse d'où ils proviennent ; ils contiennent les mêmes

éléments et ne représentent autre chose qu'une lésion hypertrophique de la muqueuse, et comme tels se rattachent à l'histoire des utérus scléreux.

Les caractères histologiques trouvés par Cornil (Th. Hepp) sur deux utérus atteints de sclérose et enlevés par hystérectomie vaginale serviront de résumé à notre description : « Epithélium de la muqueuse intact, glandes serrées et allongées, stroma sans altération, parenchyme épaissi et dur, élément musculaire normal, un peu hypertrophié ; les faisceaux musculaires ne sont pas traversés par des bandes de tissu fibreux, la sclérose est périvasculaire. Il est difficile de dire si l'élément musculaire est augmenté de quantité, mais, sur la plupart des coupes, le rapport normal entre les tissus conjonctif et musculaire semble conservé. »

Remarquons que toutes ces modifications dans la structure de l'utérus évoluent *sans fièvre, sans retentissement sur l'état général, sans réaction du côté de la muqueuse ou du péritoine.*

Ovaires scléro-kystiques. — Pour compléter notre aperçu, nous devons signaler un fait d'une grande importance : l'utérus scléreux est souvent accompagné d'*ovaires scléreux*. L'altération ovarienne est même précoce : elle peut exister, tandis que l'utérus est encore à la phase congestive, et l'on trouve des ovaires, déjà très malades, chez des jeunes filles qui perdent en abondance et douloureusement dès leur formation. On les trouve chez des vierges de vingt ans, dégénérés, énormes, polykystiques ou massifs et presque entièrement fibreux avec des kystes rares ; on les trouve mobiles, à côté d'une trompe saine, sans la moindre adhérence, sans aucun résidu inflammatoire (Obs. III et... IX).

Cette altération *scléro-kystique* des ovaires paraît être une altération purement trophique; en tout cas, c'est une lésion qu'on peut observer en dehors de toute lésion utérine concomitante, et si elle accompagne une lésion utérine, on ne trouve, entre l'ovaire et l'utérus, ni du côté du péritoine ni du côté des trompes, aucune lésion intermédiaire qui puisse déceler une propagation de l'une à l'autre ; en un mot, il y a, entre la sclérose utérine et la sclérose ovarienne, simple coïncidence et non subordination de cause à effet ; toutes deux révèlent un état pathologique qui peut frapper, isolément ou simultanément, tout ou partie de l'appareil génital de la femme.

Déviations utérines. — Souvent aussi, avec la sclérose utérine coexistent des *vices de position* de l'organe ; le plus fréquemment, on observe la rétrodéviation et le prolapsus. La rétrodéviation dans la sclérose virginale ne peut pas être attribuée à un processus infectieux. Elle révèle, dans ce cas, un état naturel de relâchement des liens fibreux, qui maintiennent l'utérus, et souvent ce relâchement des tissus fibreux se manifeste en même temps par un rein flottant ou par une tendance à l'entéroptose. C'est un signe qui vient accentuer l'allure de lésion trophique qu'affecte la sclérose utéro-ovarienne. Par suite, le prolapsus utérin apparaît souvent de très bonne heure à l'état d'ébauche chez les vierges, qui le présenteront, plus tard, à un haut degré.

« Ne cherchez pas ces deux états morbides (rétrodéviation et prolapsus), dit Richelot, en dehors de l'arthritisme, ils lui appartiennent en propre ; à lui appartient le relâchement des tissus fibreux, d'où résultent l'insuffisance des ligaments utérins, l'effondrement du périnée, les hernies intestinales, l'abaissement du rein et toutes les

ptoses... Ce relâchement est primitif et diathésique, car il survient de bonne heure, bien avant la grossesse et l'accouchement dont les distensions et les violences ne jouent d'autre rôle que celui de cause adjuvante. »

En résumé, toutes les lésions que nous venons d'étudier sont essentiellement des lésions *trophiques,* qu'elles portent sur le muscle utérin, sur la muqueuse, sur les ligaments suspenseurs. Nulle part, l'anatomie pathologique n'y a décelé la trace d'une inflammation microbienne, toujours l'évolution irrégulière des tissus normaux y a été constatée.

Ce sont donc bien des lésions dyscrasiques, et nous devons les tenir pour telles, tant que la bactériologie n'aura pas démontré la possibilité de leur production directe par un agent infectieux inconnu.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

A l'hémorragie utérine, qui est en l'espèce le symptôme capital, viennent s'adjoindre, chez nos jeunes malades, des manifestations morbides caractéristiques d'une grande importance, qui permettent, dans la plupart des cas, de rattacher les métrorragies virginales à leur véritable cause.

Essayons d'ébaucher quelques types cliniques qui, mieux qu'une longue description, souligneront d'une façon plus marquée la marche suivie par la maladie.

I. — Il s'agit, le plus souvent, d'une jeune fille de 17 à 18 ans, réglée depuis peu. Elle nous apprend qu'elle a ressenti ses premiers troubles nerveux à l'époque de l'apparition des règles. La menstruation s'est établie difficilement et douloureusement. Elle se plaint d'une sensation de pesanteur dans le bassin, de « chaleur intense ».

A une période d'aménorrhée de plusieurs mois, pendant lesquels les phénomènes douloureux ont augmenté d'intensité, ont succédé des métrorragies inquiétantes et répétées.

Interrogée sur son passé, la malade nous dit qu'elle ne s'est jamais alitée, mais qu'elle a présenté, dans sa première enfance, de multiples fluxions du côté de la peau et des muqueuses, principalement à la tête et à la face ; des

poussées eczémateuses fugaces, prurigineuses récidivantes, des épistaxis, des trachéo-bronchites congestives, etc. Elle nous avoue qu'elle est sujette à de petites crises nerveuses et que son caractère est d'une variabilité extrême.

Si nous remontons aux antécédents héréditaires, nous apprenons que le père de la malade est rhumatisant, qu'il a présenté de nombreux accès de goutte ; que sa mère est sujette à de violentes migraines et que de fortes ménorragies l'obligent parfois à garder le lit.

L'examen génital pratiqué montre un utérus légèrement augmenté de volume, mais mobile.

Rien du côté des culs-de-sac, mais, à la pression de la fosse iliaque droite ou gauche, nous déterminons une légère douleur, laquelle se manifeste quelquefois spontanément, dit la malade.

Le col paraît parfaitement lisse, uni, sans érosion, sans ulcération, mais il laisse échapper de nombreuses mucosités filantes.

Tous ces symptômes révélés par l'examen local indiquent une congestion intense de l'utérus. Coexistant avec des troubles nerveux et fluxionnaires, avec des douleurs névralgiques, avec des manifestations arthritiques chez les ascendants, ils contribuent à exprimer le tempérament familial morbide.

En conséquence, on institue un traitement général, surtout hygiénique, on supprime toutes les causes de congestion utérine, et, très promptement, une amélioration notable se fait sentir, qui ne tarde pas à être suivie de la disparition du trouble fonctionnel inquiétant.

II. — D'autres fois, l'absence de symptômes généraux ou locaux soulignant l'origine diathésique de la métrorragie, déconcertera l'observateur, et ce n'est qu'en fouillant les antécédents héréditaires ou personnels de la ma-

lade, voire même en instituant un traitement hygiénique, que celui-ci se fera une idée exacte de la cause véritable des métrorragies.

Dans ce cas, il s'agit de jeunes filles bien portantes, chez lesquelles la ménorragie passe inaperçue en raison même de l'absence de tout incident douloureux ou insolite. L'écoulement sanguin dure 6 ou 8 jours, ne laissant au début qu'un peu de fatigue ou de faiblesse promptement dissipée, et l'on espère que les époques suivantes amèneront une modification favorable. Loin de s'amender, les mêmes accidents se renouvellent à chaque période menstruelle, et, le plus souvent, la durée et l'abondance de la perte sanguine augmentent progressivement.

Cette situation se prolonge durant plusieurs mois sans qu'on y prenne garde, et comme il existe fréquemment, à côté des jeunes filles ménorragiques, des mères ou des sœurs qui présentent les mêmes accidents, on s'accoutume volontiers à considérer ces misères comme faisant partie des traditions de la famille, et on les accepte avec une résignation qui n'est pas exempte de fierté, car tout le monde ne saurait avoir «un sang aussi riche!» (Siredey).

La santé générale, qui n'en souffrait pas beaucoup à l'origine, ne tarde pas à être menacée : les téguments et les muqueuses se décolorent, les forces et l'appétit s'en vont, les symptômes d'anémie s'accentuent et les hémorragies deviennent plus abondantes et plus prolongées. Les parents incriminent l'anémie et mettent tout en œuvre pour la combattre. Cependant, la jeune fille poursuit son programme habituel de leçons, de cours variés, de promenades ou de travaux pénibles, et souvent on y ajoute de nouveaux éléments de fatigue, sous prétexte de lui procurer l'exercice et la distraction que l'on juge indispensables aux anémiques.

Ce genre de vie conduit assez rapidement la malade à un état d'anémie grave, et après avoir résisté plus ou moins longtemps, elle présente bientôt des symptômes offrant la plus grande analogie avec ceux de la chlorose. Aussi, à cette période, l'aspect pâle et cireux des téguments ne fait guère songer à des accidents congestifs, si l'on ne procède pas à un interrogatoire minutieux de la malade et que l'on ne parvienne à dépister, chez elle ou chez ses ascendants, les manifestations variées du neuro-arthritisme.

Le traitement établi, supprimant les nombreuses causes de congestion utérine, imposant le repos au lit dès l'apparition du flux menstruel, modérant ensuite l'activité par trop grande de la jeune malade, tonifiant son organisme par l'exercice au grand air et l'hydrothérapie, amène la guérison en quelques mois.

III. — D'autres fois enfin, chez une jeune fille réglée depuis quelques années, parfois même à l'apparition des premières règles, une métrorragie d'emblée très violente survient sans que les prodromes de l'époque menstruelle aient été plus longs ou plus accentués qu'ils ne le sont habituellement, et c'est auprès d'une malade baignant littéralement dans son sang que le docteur est appelé. L'état est grave, le pouls est petit, la face est pâle, les lèvres décolorées, il y a tendance à la syncope. Si l'on prend la température, aucune élévation thermique ne révèle d'état fébrile ; en revanche, le pouls est accéléré, mais comme ce caractère se retrouve dans toute grande hémorragie, il n'a pas ici de signification particulière.

Après un traitement d'urgence commandé par l'abondance de la perte sanguine, après différentes médications suivies sans amélioration pendant des mois, étant données la persistance et la répétition des métrorragies, on

est conduit à faire une laparotomie exploratrice qui montre l'existence d'un gros ovaire scléro-kystique à côté d'une trompe saine et d'un utérus légèrement augmenté de volume.

On résèque l'ovaire malade, et la guérison complète suit l'intervention chirurgicale (Observation III).

Nous rapportons ici quelques observations correspondant aux différents types cliniques que nous venons d'esquisser.

Observation Première

(Due à l'obligeance de MM. le professeur Soubeyran et docteur Gordon-Martins.)
Métrorragie chez une jeune fille de 15 ans. Angio-sclérose chez une neuro-arthritique.

La jeune Eugénie T..., ayant toujours joui d'une excellente santé commence, à l'âge de 14 ans, à éprouver des troubles nerveux succédant à des périodes de *violentes douleurs abdominales* siégeant au niveau des ovaires. Les douleurs ne s'atténuent que difficilement par la prise quotidienne de teinture d'aconit, mais les troubles nerveux cèdent cependant au traitement polybromuré.

Dans les périodes d'accalmie, j'institue un traitement à base de fer.

Six mois après, les *règles* s'établissent abondantes, durant *huit jours environ.*

Quatre périodes écoulées normalement, les règles apparaissent *deux fois par mois* ; puis trois mois plus tard, se déclare *une violente métrorragie nocturne.*

La mère, en entrant dans la chambre de sa fille, trouve celle-ci littéralement baignée dans son sang et à moitié évanouie.

On me fait appeler en toute hâte et dans le peu de temps que je mets à me rendre au domicile de la malade, sept serviettes-éponge sont rougies par le sang.

Je fais une injection sous-cutanée d'un gramme d'ergotine et donne d'heure en heure une cuillerée à soupe de potion à base de chlorure de calcium, de teinture de cannelle et d'extrait d'opium.

Vers une heure de l'après-midi, je suis encore obligé de recourir à une seconde piqûre d'ergotine, et ce n'est qu'après cette seconde intervention que l'hémorragie est enrayée.

Pendant huit jours consécutifs, j'emploie la teinture d'hamamelis virginica, mais voyant que la perte sanguine persiste néanmoins, je me décide à mener la malade chez M le professeur Soubeyran.

Aspect général de la malade. — Grande, bien développée Rien au cœur, rien aux poumons.

Appareil génital. — L'examen abdominal, le toucher vaginal — pratiqué avec beaucoup de difficultés, étant donnée la présence d'un hymen avec très petit orifice —, le toucher rectal ne donnent aucune indication pouvant expliquer pareille métrorragie.

On trouve, en effet, un utérus petit, en bonne position, pas de tumeur ovarienne.

Il fut donc décidé que nous aurions recours, avec toutes les précautions voulues, pour ne point défloror la jeune fille, d'une part, à des injections vaginales avec une sonde urétrale molle n° 16, et, d'autre part, à de grands lavements d'eau bouillie très chaude.

A ce traitement externe, nous adjoignons l'administration à l'intérieur de teinture d'hydrastis canadensis à la dose de six gouttes toutes les quatre heures.

Dès le lendemain, la perte s'arrête brusquement, et depuis, la jeune fille, qui continue par précaution l'hydrastis pendant quinze jours chaque mois, voit apparaître ses périodes menstruelles à époques régulières, sans rien d'anormal comme abondance et comme durée.

Cet état dure à l'heure actuelle où la jeune fille vient d'entrer dans sa 17e année.

A noter comme antécédents héréditaires. — Grand-père maternel et mère *rhumatisants*. Cette dernière, à chaque époque menstruelle, perdait abondamment.

Réflexions. — Cette observation est intéressante en ce sens que la jeune malade offre le type de l'arthritique nerveuse. Elle a ressenti ses premiers troubles nerveux à l'époque de l'apparition des règles ; chez elle la menstruation s'est établie *tardivement* (14 ans 1/2, pour une fille du Midi, et difficilement. Les règles ont été *douloureuses*, précédées de *douleurs névralgiques* et de *sensations de pesanteurs* dans le bas-ventre. Après quatre périodes menstruelles

régulières, les règles apparaissent tous les quinze jours pendant trois mois, puis survient une abondante métrorragie nocturne. Celle-ci enrayée, il persiste néanmoins un écoulement sanguin inquiétant qui cesse *brusquement* au 10e jour, sous l'influence de décongestionnants physiques et de vaso-constricteurs médicamenteux.

Cette métrorragie, qu'aucune lésion organique perceptible n'explique, qui s'arrête si vite, est sans doute sous la dépendance d'un état fluxionnaire utérin. Tout porte à croire que nous sommes, en effet, ici, en présence de troubles vasculo-nerveux que tient sous sa dépendance la diathèse neuro-arthritique dont nous avons relevé les symptômes chez notre jeune malade et les manifestations morbides chez les ascendants de celle-ci.

Observation II

(Résumée d'après une leçon clinique professée à l'hôpital de la Pitié par P. Dalché, La Gynécologie, 1904.)

Irrégularités menstruelles, ménorragies, puis métrorragies continuelles ayant duré un an. Disparition du trouble fonctionnel sous l'influence de douches vaginales chaudes, de médicaments hémostatiques et d'hydrothérapie.

X..., 16 ans, vierge. Entre à l'hôpital de la Pitié pour une métrorragie durant depuis deux ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est un homme robuste, présentant une certaine tendance à *l'obésité.*

Sa mère *est une nerveuse.* La malade a trois sœurs ou frères bien portants. Une sœur serait morte de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole à 14 ans, un érysipèle de la face à 8.

Aspect général. — Grande, fluette, peu développée. C'est encore une enfant.

Elle accuse *des céphalées* fréquentes. Pas de troubles gastriques.

A l'examen. — Aucun symptôme du côté des poumons.

L'examen du cœur révèle l'existence de souffles, mais de souffles anémiques à la base. Rien dans les urines.

Appareil génital. — *Les règles* ont fait leur première apparition alors que la jeune fille avait 13 ans, mais cette première apparition a été suivie d'une aménorrhée qui a duré 2 mois. Au bout de ces deux mois, seconde apparition de l'écoulement sanguin, puis nouvelle aménorrhée de trois mois cette fois ; en sorte que, pendant *huit mois*, *c'est l'irrégularité menstruelle qui domine.*

A partir de ce moment, et pendant trois mois, les règles paraissent chaque mois, mais la malade perd, pendant *15 jours consécutifs*, *avec un repos de 15 jours* seulement. Puis, au lieu de 15 jours, c'est pendant *trois semaines* que le sang coule, le repos n'étant plus que de 8 jours. Et cet état persiste pendant une année. Depuis ce moment, *les pertes ne s'arrêtent plus* : leur intensité seule varie, très fortes pendant trois semaines par exemple, elles le sont moins pendant quinze jours, puis reprennent.

En un mot, la pauvre enfant « ne sait plus, dit-elle, où elle en est », et pendant tout ce temps les pertes ne s'arrêtent qu'une seule fois pendant un mois.

Au toucher. — On trouve *le col un peu gros*, avec un orifice légèrement entr'ouvert ; le corps est également *plus volumineux* qu'à l'état normal, mais il n'y a pas de déviation ni de flexion ; rien du côté des annexes.

Traitement. — Repos absolu. Injections vaginales très chaudes. Potion au chlorure de calcium. Pas d'amélioration. On remplace le chlorure de calcium par de l'ergotine, à laquelle on associe du sulfate de quinine et de la digitale. Les pertes commencent à être un peu moins fortes le jour, mais, la nuit, elles conservent toujours la même intensité (parce que les injections chaudes sont suspendues). On prescrit une injection vers minuit. La métrorragie diminue la nuit.

Des douches froides tous les matins, en jet brusque et fort sur les jambes, depuis les genoux jusqu'aux pieds (un jet froid sur la plante des pieds pour terminer), amènent la disparition graduelle de l'écoulement sanguin.

Réflexions. — Ce qu'il faut remarquer chez cette malade, c'est qu'il n'y a aucun signe pathologique dans ses antécédents génitaux : pas de dysménorrhée, pas de leucorrhée, pas de vulvo-vaginite dans l'enfance.

D'un autre côté, l'idée d'infection ne saurait venir à l'esprit : il n'y a jamais eu de phase d'inflammation, jamais de fièvre, aucun phénomène réactionnel du côté du péritoine.

Mais comme cette métrorragie ne correspond à aucune lésion organique, qu'elle cesse graduellement sous l'influence de l'hydrothérapie, des injections chaudes et des hémostatiques, nous sommes en droit de la ranger parmi les métrorragies fluxionnaires dues sans doute à un état diathésique congestif : le neuro-arthritisme héréditaire.

Observation III

(*In* thèse Hepp)

Mlle V..., 30 ans, institutrice, vierge.

Réglée à 13 ans. *A* 14 *ans métrorragies, très abondantes* qui se prolongent plusieurs années et cèdent spontanément.

A 28 ans, nouvelles métrorragies graves. La malade est traitée par le docteur Truffer, de Montbéliard, qui trouve à l'examen un corps utérin volumineux et mobile, un col entr'ouvert occupé par une tumeur sessile et mollasse qui s'implante dans la cavité cervicale et qui est enlevée par curettage

A 29 ans, 9 mois après la première opération, ablation avec une pince d'une tumeur pédiculée, molle, qui fait saillie par l'orifice externe du col ; nouveau curettage

Six mois après cette première intervention, les métrorragies reprennent ; nouvelle intervention, ablation d'une masse mollasse implantée sur le col et ablation d'une grosse masse intra-utérine, semblable à une grappe de raisin, formée de vésicules agglomérées, du volume d'un pois, qui contiennent un liquide gélatineux ; curettage. Muqueuse utérine très épaisse.

Six mois après, récidive des hémorragies.

La malade est adressée à M. le docteur Richelot, qui ne trouve plus d'autre lésion qu'un corps utérin très volumineux remontant à trois travers de doigt au dessus de la symphyse pubienne, corps utérin très mobile, facilement abaissable.

Le 18 *mai* 1894. — Hystérectiomie vaginale par morcellement, gros utérus géant (5 fois environ le volume normal), à parois épais

sies, juteuses, pleines de suc, c'est tout à fait le tissu des utérus fibromateux, mais il n'y a pas traces de fibromes.

Par contre, le col est dilaté par la présence d'une masse d'apparence polypeuse, sessile, implantée sur la muqueuse du col.

Ablation bilatérale des annexes. L'ovaire gauche est sain, l'ovaire droit présente un kyste de la grosseur d'une orange. Aucune adhérence péritonéale, péritoine parfaitement sain. Suites parfaites ; guérison complète constatée en 1896.

Cette observation est intéressante par le fait que nous voyons là se surajouter à *une sclérose type une dégénérescence polypeuse* de la *muqueuse utérine*, qui semble être un degré supérieur de l'hyperplasie glandulaire que présente souvent la muqueuse utérine dans le cas de sclérose, et un kyste ovarien.

La virginité de la malade permet d'exclure l'infection.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Diagnostic symptomatique. – Le signe capital, le seul signe : l'hémorragie, a bien vite fait d'établir une conviction dans l'esprit du médecin. Il est classique de se demander si son origine est bien utérine ; il suffit pour s'en convaincre de *regarder*, au besoin de mettre un petit tampon dans le vagin.

Il faudrait une réelle négligence dans l'examen pour confondre avec un flux utérin du sang provenant de la vulve, à la suite, par exemple, de rupture de varices vulvaires.

Mentionnons aussi comme cause d'erreur les écoulements sanguins provenant d'hémorroïdes ou de polypes de l'urètre.

L'examen local externe fera toujours écarter les hémorragies dues à une tentative de *viol* ou à toute autre *cause traumatique* ayant agi sur les parties génitales externes ; on sait que les plaies, même contuses, avec rupture du bulbe, peuvent être suivies d'écoulement sanguin considérable.

Donc, le sang vient de l'utérus, et tout se réduit à une différenciation étiologique.

Diagnostic étiologique. — Le toucher vaginal chez les vierges. — Avant d'aborder l'étude du diagnostic étiolo-

gique, dont la solution comporte forcément tous les moyens d'investigation clinique, il est une question préalable à résoudre, celle de l'opportunité du toucher vaginal chez les jeunes filles.

Tout d'abord est-on autorisé à le pratiquer ? Il est évident qu'en présence d'une hémorragie abondante ou tenace, la première impulsion du médecin est de mettre le doigt dans le vagin pour se rendre compte, puis, en somme, le salut de la malade paraît en dépendre, car c'est quelquefois auprès d'une jeune fille exsangue que le praticien est appelé ; or, il faut aller au plus pressé et ne pas s'exposer dans ce cas à des *erreurs grossières*.

On a beaucoup exagéré les inconvénients de cette exploration : l'hymen, sauf conformation spéciale et rare, n'a pas beaucoup à souffrir de l'introduction du doigt, sa déchirure n'est presque jamais réalisée, car il se laisse distendre. Il n'est même pas exceptionnel de constater son intégrité absolue, même après les manœuvres que comporte un curettage. Sa forme en fer à cheval, la plus fréquente, son extensibilité expliquent la possibilité du fait : la membrane, dont les deux moitiés sont écartées, suit simplement les petites lèvres.

Une autre objection a été faite : c'est la crainte instinctive qu'éprouve la jeune fille. Dans ce cas, c'est de la part du médecin affaire de tact et de douceur. Il sera secondé par l'entourage de la jeune malade, qui usera de sa persuasion ou de son autorité pour faire accepter ce mode d'investigation.

Quelquefois aussi (mais la chose est heureusement de plus en plus rare depuis quelques années), le praticien aura à compter avec les sots préjugés des familles. Pour s'opposer au toucher vaginal ou à un tamponnement

indiqué, celles-ci invoqueront la possibilité d'une défloration.

Empêché d'éclairer son diagnostic par le mode d'investigation qu'il jugeait pourtant nécessaire, mis dans l'impossibilité d'appliquer la seule thérapeutique utile, le docteur devra, en la circonstance, insister auprès des parents de la malade pour faire accepter sa façon de voir. S'il n'y parvient pas, cette insistance même mettra sa responsabilité à couvert, car ces refus, non motivés par des raisons sérieuses, sont gros de conséquences, étant donnée la gravité possible des cas.

L'observation suivante, rapportée par le docteur Blanc (Loire médicale, 1896) en est une preuve.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, réglée depuis 6 mois.

Depuis l'apparition des premières règles, les pertes ont été continues. Elles ont résisté à de nombreux traitements : fer, ergot de seigle, hydrastis, etc. La malade est dans une anémie profonde depuis quelques semaines.

« Appelé auprès d'elle, je la trouve absolument exsangue. La famille ne permet même pas de faire un tamponnement, sous prétexte que toutes les manœuvres pourront *faire tort* plus tard à la jeune fille.

» La malade meurt huit jours après... »

Cette observation se passe de commentaires...

Le toucher étant accepté, comment doit-on le pratiquer? — Castan (Th. Paris, 1898) rapporte les règles méticuleuses que donnait, après Fritsch, Villate de Penfeuilhou.

Celui-ci voulait qu'on pratiquât le toucher « sous la robe, et que, du premier coup — bien qu'on agisse à l'aveuglette — on atteignît sans tâtonnements la four-

chette.» Ce sont là des détails à tout le moins inutiles, dit Castan.

Dans tous les cas, le procédé est bien défectueux et prête à de nombreuses critiques. C'est d'abord d'une asepsie plus que douteuse que de pratiquer un toucher sous les robes sans injection préalable : c'est une sensation bien obscure sinon nulle que l'on éprouvera en touchant la jeune fille debout ; à peine atteindra-t-on le col, encore ne sera-t-on que très insuffisamment renseigné sur son état. Il faut être conséquent avec soi-même, et si l'on croit utile de pratiquer le toucher, ne le faire que dans de bonnes conditions, la jeune fille étendue sur un lit d'examen, bassin légèrement soulevé, cuisses peu écartées pour ne pas produire une trop grande distension de l'hymen et éviter une effraction. Quant au spéculum, ne s'en servir qu'en cas de nécessité absolue.

On peut ainsi réaliser le double palper, la main gauche appuyant sur le fond de l'utérus. Sans doute, le toucher est souvent très douloureux, mais, le cas échéant, on pourra avoir recours à l'anesthésie générale. Cette manière de faire permet, en outre, de s'assurer de l'état des annexes, de reconnaître en particulier un *ovaire scléro-kystique* : diagnostic important, souvent difficile dans un toucher incomplet ou trop timide.

La métrorragie relève-t-elle d'une maladie infectieuse ou d'une intoxication ? — Nous voulons écarter ici les métrorragies dues aux hétéro-infections et aux intoxications, *Les fièvres éruptives* ont une prédilection marquée pour le jeune âge : la scarlatine, la variole donneront la clef de bien des métrorragies en apparence inexplicables.

Les grandes maladies infectieuses : fièvre typhoïde, typhus, grippe, rhumatisme, purpura s'accompagnent

souvent de pertes sanguines utérines, de véritables « épistaxis utérines », suivant l'expression de Gubler. Enfin, l'ictère grave, la leucémie, la tuberculose seront autant de causes à ne pas méconnaître.

Les intoxications lentes par le plomb, le phosphore, l'arsenic, le sulfure de carbone, amènent souvent à leur suite des hémorragies portant aussi bien sur l'utérus que sur les autres organes. Ces causes devront être soigneusement éliminées, surtout lorsqu'il s'agira d'enfants de la classe pauvre, exerçant des métiers plus ou moins malsains.

La métrorragie est-elle en rapport avec une lésion viscérale ? — Le médecin doit se souvenir que dans un certain nombre d'affections viscérales, on peut rencontrer des métrorragies. Nous rappelerons à ce sujet leur existence dans la *néphrite interstitielle* où la tension artérielle est très élevée, dans les maladies de cœur, surtout le *rétrécissement mitral*, où la stase dans le système veineux général et dans le système cave inférieur en particulier est des plus prononcées. « Il est même des cas, écrit Landouzy, où la métrorragie est le premier symptôme révélateur d'un rétrécissement mitral passé inaperçu » et que dévoile en quelque sorte ce réactif si sensible aux moindres influences congestives : la fonction menstruelle à l'époque de la puberté.

On ne saurait donc porter un diagnostic sûr avant d'avoir soigneusement ausculté le cœur de toute jeune malade présentant des métrorragies.

S'agit-il d'une hémorragie indice, d'infection utérine ? — Tout d'abord, il est impossible de nier que *la métrite virginale* existe ; il est certain qu'à la suite de vulvite infec-

tieuse blennorragique ou autre, qu'à la suite de manœuvres de masturbation on voit, se développer, chez certaines jeunes filles dont l'hymen est intact, tous les phénomènes d'une vraie métrite. Pour n'être pas exceptionnels, ces cas ne sont cependant pas les plus fréquents. Il faut y penser.

Le diagnostic différentiel est assez délicat d'autant que certaines métrites vraies, frustes pour ainsi dire, ne se traduisent, au premier abord, que par l'hémorragie ; et que, par opposition, la plupart des fausses métrites sont accompagnées d'un peu de leucorrhée, tout au moins (comme nous l'avons vu) d'une sécrétion exagérée de mucus, d'un peu de tuméfaction de l'organe, de quelques douleurs.

Mais, dans la vraie métrite, il se produit le plus souvent, à un moment quelconque de l'évolution, *une réaction fébrile*, symptôme indéniable de l'infection ; les sécrétions tendent à être purulentes, ou même le sont franchement d'emblée ; il y a tendance marquée à l'envahissement des annexes et du tissu cellulaire périmétritique ; enfin, on sait combien la métrite, une fois installée, tend à s'invétérer, de telle sorte qu'un caractère diagnostique précieux pourra être tiré de cette tendance à la chronicité.

Du reste, le traitement constitue de son côté un moyen de diagnostic de premier ordre. Alors que toute thérapeutique sera illusoire dans la métrite vraie si elle ne s'adresse directement à l'agent microbien, il est de règle de voir guérir les fausses métrites virginales sous l'influence d'un traitement général approprié.

Ce dernier n'aura également aucun bon résultat lorsque la métrorragie relèvera d'une tumeur : polype, fibrome ou cancer, pas plus que si elle reconnaît pour cause cette

dégénérescence fongueuse ou polypeuse de la muqueuse utérine en rapport avec la sclérose de l'organe.

Dans tous ces cas — dont les uns : *fibromes*, sont peu fréquents ; les autres : *cancers*, sont heureusement exceptionnels chez les jeunes filles, — la persistance des métrorragies, leur répétition, l'insuccès des traitements médicaux conduiront le praticien à un examen génital complet, suivi ou non d'un traitement chirurgical : dilatation, curettage, voire même d'une laparotomie exploratrice qui fixera le diagnostic.

En résumé, le diagnostic de métrorragie d'origine neuro-arthritique ne peut se faire que par élimination.

Dans la plupart des cas, il sera extrêmement difficile de le poser d'emblée à un premier examen. Sa recherche, au contraire, nécessitera souvent l'essai d'un traitement général, et imposera toujours un examen local aussi complet que possible. Si ce dernier ne révèle rien qui puisse expliquer les métrorragies, si, d'autre part, la jeune fille est de souche neuro-arthritique, si elle présente quelques-uns des symptômes que nous avons précédemment observés chez l'arthritique nerveuse, le médecin aura le droit de rattacher les troubles fonctionnels utérins qu'il observe à la diathèse neuro-arthritique et devra en conséquence instituer ou continuer un traitement général rationnel.

Pronostic. — Le pronostic des métrorragies virginales d'origine neuro-arthritique est généralement bénin.

Toutefois, il y a lieu de faire quelques réserves.

En effet, à la suite de ces métrorragies, l'appareil génital, point de départ du réflexe menstruel, a vu son équilibre plus ou moins compromis ; nous savons que le système nerveux, qui forme l'arc réflexe, est souvent touché ;

l'appareil circulatoire général l'est aussi primordialement et par suite de l'anémie : nous ne devons pas être surpris de voir, en pareille circonstance, après la guérison de l'hémorragie, persister des *troubles menstruels*.

Irrégularités, avances, retards sont à craindre.

Enfin, la congestion de la muqueuse utérine la prédispose admirablement aux *infections secondaires*. Que la moindre cause septique survienne, et cet utérus, gorgé de sang, où la circulation se fait mal, qui appartient à un organisme débilité, deviendra cette fois véritablement métritique. C'est évidemment là le point noir dans le pronostic de ces fausses métrites. On ne devra pas l'oublier.

En un mot, l'affection présente guérie, la jeune fille reste une prédisposée, elle a maintenant un *passé utérin*.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Pour la facilité de ce travail, nous diviserons l'étude du traitement de la métrorragie virginale en deux parties.

Dans la premiere, nous envisagerons la conduite à tenir en face d'une hémorragie d'emblée violente et dont la cause est encore inconnue.

Ce sera le traitement du symptôme. Ce traitement constitue, en raison même de la gravité possible de la métrorragie, un traitement d'urgence.

Dans la seconde, nous nous adresserons à l'élément causal et établirons le traitement général visant la diathèse neuro-arthritique.

Nous dirons, également, un mot du traitement chirurgical auquel on devra recourir en cas d'insuccès de toute thérapeutique médicale.

Traitement symptomatique.— Une première indication, lorsqu'on se trouve en présence d'une métrorragie abondante, consiste à modérer l'afflux du sang vers l'utérus. Pour cela, la malade sera placée dans le décubitus dorsal, et devra garder, au lit, le repos le plus absolu. Le siège sera légèrement soulevé, les cuisses fléchies et rapprochées, les épaules et la tête basses.

Cette première indication remplie, on agira contre l'hémorragie elle-même en décongestionnant l'utérus.

Pour ce faire, on peut avoir recours, soit aux injections vaginales, soit aux irrigations rectales.

Les injections vaginales se donneront très chaudes, à 45, 50 et même 52°. On se servira d'une canule de verre à bout olivaire effilé ou d'une sonde, n° 16 ou 18, pour lavage de l'urètre chez l'homme. Le médecin devra faire attention au retour du liquide, afin de ne pas distendre outre mesure le vagin. Ces injections doivent être de longue durée pour que la vaso-constriction puisse bien s'établir ; dans le cas contraire, au lieu de supprimer l'hémorragie, elles ne feraient que l'entretenir. La pression sera faible, le bock placé à une trop grande hauteur donnerait un jet qui, frappant trop fortement le col utérin, pourrait produire sur cet organe une action excitante.

Mieux vaudrait, pour ces injections, se servir simplement d'eau bouillie que d'y faire dissoudre des substances antiseptiques dont la rétention, dans un vagin à peu près clos, peut amener des phénomènes d'intoxication.

Néanmoins, si l'on veut faire usage d'antiseptiques, on pourra employer du permanganate de potasse à dose très faible au $\frac{1}{4.000}$ ou mieux encore de l'eau oxygénée très étendue qui, en même temps, est un bon hémostatique.

Le professeur Reclus (*Journal des Praticiens*, 5 mai 1906) déclare obtenir de meilleurs résultats par les lavements que par les injections. « Prétendre impressionner l'utérus et ses annexes par une injection vaginale, dit-il, est-ce que j'appelle une erreur anatomique. Dans une injection vaginale, l'eau chaude atteint le col utérin seulement, et son action est nulle en dehors de la question de propreté. Dans le lavement, au contraire, le liquide s'accumule dans l'ampoule rectale et n'est séparé de la matrice, des trompes, des ovaires et des vaisseaux qui les irriguent que par l'épaisseur virtuelle du cul-de-sac de

Douglas. » L'eau chaude doit rester une demi-heure dans l'ampoule rectale.

Simultanément, car nous nous plaçons dans un cas grave où la perte de sang est déjà considérable, le médecin relèvera la tension sanguine au moyen d'injections sous-cutanées de sérum artificiel, qui aurait encore pour effet d'exciter la vaso-consriction vasculaire. On pourra également, si les circonstances l'exigent, avoir recours aux injections intra-veineuses de différents sérums (en particulier celui de Fleig).

Le chlorure de calcium, l'ergotine, l'ergotinine ont rendu, dans des cas semblables, des services signalés.

Il est bien rare de voir les phénomènes inquiétants résister aux moyens que nous venons d'indiquer. Si cependant, malgré tout, l'hémorragie persistait, il serait parfaitement légitime, après avoir dilaté l'hymen le mieux possible, de faire un *tamponnement* soigné du vagin. Celui-ci sera maintenu 24 à 48 heures. On le renouvellera plus tôt s'il était traversé.

Dalché (*Bulletin médical*, 22 juin 1912) rapporte un cas de métrorragie virginale rebelle à tous les traitements et qui fut arrêtée par un tamponnement à la gaze imbibée de *sérum animal* (en l'espèce sérum antidiphtérique).

Il est inutile d'ajouter que, jusqu'à disparition complète de l'hémorragie, la malade devra garder le lit et le repos le plus absolu. Elle ne pourra se lever sous aucun prétexte et devra se servir du bassin.

On veillera à ce qu'elle se trouve dans une atmosphère fraîche, où l'air puisse se renouveler fréquemment. On s'assurera que la malade a les pieds chauds ; enfin, on recommandera de la laisser dans une tranquillité parfaite, sans fatigue d'aucune sorte, et on lui prescrira un régime léger.

Voici donc notre jeune malade hors de tout danger immédiat. Quelles sont les précautions à prendre pour empêcher le retour de la métrorragie et pour rétablir le bon état général ?

Avant de répondre à la question, disons tout de suite que, grâce aux renseignements fournis par l'entourage de la jeune fille, nous avons pu nous faire du tempérament de celle-ci une idée assez nette. Les antécédents personnels et héréditaires, l'examen génital qui n'a révélé qu'un peu de congestion utérine, font pencher notre diagnostic vers celui de métrorragie congestive d'origine diathésique. C'est donc contre *l'élément causal : la diathèse neuro-arthritique avec ses poussées congestives*, cause de tout mal, qu'il faut diriger notre thérapeutique.

Nous le ferons en instituant un traitement général hygiénique et médical qui sera en même temps le critérium du diagnostic posé.

Traitement étiologique. — *Hygiène de la menstruation.* — Pendant la période menstruelle, dit Armand Siredey, le *repos au lit*, rigoureusement observé, constitue la base du traitement. La congestion ménorragique guérit dans la majorité des cas, à condition d'imposer ce repos aussi longtemps que la perte sanguine paraîtra excessive.

Les jeunes filles devront garder le lit dès le premier jour de leur époque, elles se lèveront seulement vingt-quatre heures après la disparition de tout écoulement sanguin.

Hygiène générale. — Dans l'intervalle de leurs règles, il sera bon, tout en leur laissant une vie active, de leur

interdire les exercices violents, et en particulier l'équitation, la bicyclette, l'abus de la danse.

Aux jeunes filles de condition plus modeste, nous interdirons les travaux pénibles, les longues stations debout, l'usage prolongé de la machine à coudre à pédale, toutes choses qui appellent la congestion du côté du petit bassin.

Un exercice quotidien, modéré, graduel, au grand air, sera, au contraire, indiqué.

Hygiène alimentaire. — Le régime alimentaire de ces jeunes arthritiques nerveuses a une importance capitale. Si l'hérédité est le principal facteur de l'arthritisme, elle n'en est pas le seul, et il faut faire intervenir, pour une très large part dans l'étiologie de cette diathèse, les nombreuses erreurs alimentaires que l'on commet si fréquemment, tant au point de vue de la *quantité* que de la *qualité* des aliments ingérés.

Nous ne relèverons pas la première erreur : elle vise la suralimentation qui est le fait surtout de l'arthritique adulte. Ici, il s'agit d'une jeune fille à l'âge de la formation ou l'ayant dépassé depuis peu. La croissance qui se poursuit et l'activité habituelle à cette période de la vie imposent une nutrition relativement plus intense, et, par conséquent une alimentation plus abondante et plus riche.

D'autre part, à cet âge, la jeune fille manque plutôt d'appétit, il est donc inutile, dans la majorité des cas, de se préoccuper d'une suralimentation possible. Nous interviendrons seulement dans le *choix des aliments*.

Sous prétexte de fortifier « cet organisme débilité », l'entourage de la jeune malade s'applique à faire entrer dans l'ordinaire habituel la plus grande quantité possible d'aliments azotés. La viande, les œufs, le poisson figurent

aux deux repas ; les vins généreux qui « donnent des couleurs » sont versés en abondance... et malgré ce régime, ou plutôt un peu à cause de ce régime, les métrorragies persistent, les troubles nerveux s'accentuent et l'anémie ne disparaît point.

Cette alimentation est, en effet, défectueuse. La viande, par les albuminoïdes qu'elle fournit au moment de la digestion, apporte à la cellule un surcroît de matériaux azotés, qui, inutilisés ou inutilisables, donnent naissance à des produits de dédoublement où prédominent les acides, les substances uriques et les toxines, tous agents *d'intoxication arthritique*.

La viande ne devra donc être consommée qu'en petite quantité et *une fois* par jour seulement. On étendra cette défense aux poissons et aux œufs que l'on consomme *frais si exceptionnellement*.

Les conserves, les viandes marinées ou faisandées, les coquillages, les fromages faits, les épices, tous aliments fermentés, envahis déjà par les ptomaïnes de la putréfaction, ou condiments qui irritent l'estomac, seront défendus pour les mêmes raisons.

Par contre, on insistera sur les aliments qui apportent à l'organisme le minimum de produits toxiques. On usera abondamment de légumes, de céréales, de pâtes alimentaires, d'entremets sucrés (puddings), de fruits cuits et de laitages frais.

Quant au vin, au café et au thé, ils donnent « un coup de fouet » passager, mais surexcitent un organisme dont la nervosité est déjà trop accentuée. On n'en tolèrera l'usage qu'à très faible dose et à intervalles éloignés.

Dans le même ordre d'idées seront à proscrire les *toniques* et les *ferrugineux* « qui ruinent l'estomac, favorisent la constipation et surexcitent les nerfs » (Richelot).

Et pourtant ces jeunes malades, se croyant anémiques, prennent ces préparations avec plaisir et confiance. En cela elles confondent la cause avec l'effet, ignorant que ce n'est point l'anémie qui provoque leurs pertes, mais bien ces dernières qui causent leur anémie : d'où nécessité de traiter chez elles l'état congestif pour faire cesser les métrorragies et, à leur suite, l'anémie.

Hydrothérapie. — Connaissant les relations réflexes qui unissent les téguments aux viscères, nous conseillerons l'hydrothérapie sous toutes ses formes : lotions froides, drap mouillé, douches froides pour les jeunes filles apathiques et déprimées; douches écossaises, douches chaudes prolongées pour les sensibles à l'eau froide et les excitées.

Tous ces moyens agiront sur la nutrition générale en relevant le taux globulaire.

Beni-Barde a préconisé la douche plantaire froide : la malade est assise les pieds dans des étriers percés de trous, et la région plantaire reçoit ainsi un jet froid. Dalché a vu nombre de métrorragies s'arrêter grâce à ce procédé qui consiste en somme à amener une vaso constriction pelvienne.

Agissent de même les douches révulsives dirigées sur la partie supérieure du tronc et les membres thoraciques.

Les *cures thermales* conseillées avec discernement donnent souvent d'excellents résultats. Les eaux chaudes conviennent aux formes de métrorragies douloureuses; à l'éréthisme nerveux, les stations de Néris, de Plombières, de Luxeuil; quand les troubles généraux de la nutrition l'emportent sur les symptômes locaux, les eaux de Royat, de Châtel-Guyon, de Vichy et de Vittel seront indiquées.

Aux malades qui ne peuvent pas se déplacer, il faut conseiller les grands bains alcalins chauds.

Le *bon fonctionnement de la peau* sera entretenu au moyen de frictions quotidiennes avec le gant de crin. Les lotions aromatiques à l'alcool : eau de cologne, alcoolat de lavande, tendront au même résultat.

Kinésithérapie. — Il existe, dans la *gymnastique suédoise*, d'après la méthode de Thure Brandt, toute une série de mouvements qui décongestionnent le petit bassin. Leur efficacité est incontestable à la condition d'agir avec douceur et prudence. « Plutôt trop peu que trop. » Ils peuvent être combinés avec un massage de la paroi abdominale. Ce massage, suivant Stapffer, aurait un double effet : outre son action directe sur l'utérus dans lequel il rétablit la circulation, il mettrait (et Stapffer l'a démontré par des expériences) en jeu le réflexe dynamogénique cardio-vasculaire spécial amenant une véritable gymnastique circulatoire.

Dans les formes de métrorragies chroniques, on pourrait aussi recourir au massage local de l'utérus.

Combiné avec le massage précédemment indiqué, il a donné, entre des mains expérimentées, des résultats remarquables.

Ces différentes manœuvres, faites avec méthode, feront souvent disparaître les troubles vaso-moteurs qui entretiennent la congestion utérine; elles redonneront aux vaisseaux une partie de leur élasticité et assureront ainsi une circulation libre et normale dans tout le territoire vasculaire du petit bassin; elles permettront, en outre, dans certains cas, de réduire les déviations utérines qui entretiennent les métrorragies.

Pour cela, on essaie le redressement manuel de l'organe

par les diverses manœuvres de la méthode de Brandt-Stapffer. Si on ne réussit pas, on fait des « sacrifices », dit Dalché, on perfore l'hymen, on introduit la main dans le vagin, on corrige la déviation et on maintient la réduction avec un pessaire, celui de Hodge en général.

Pour faciliter cette correction, la malade se met soit dans le décubitus dorsal, soit, mieux encore, en position génu-pectorale. Si on arrive facilement parfois au but que l'on se propose d'atteindre, parfois aussi on ne peut obtenir le résultat désiré. L'intervention chirurgicale est alors nécessaire ; si les métrorragies ne s'arrêtent pas et qu'une déviation très nette en soit la cause, on fera soit l'*opération d'Alquié-Alexander* (raccourcissement des ligaments ronds après avoir amené le fond de l'utérus au niveau de la région sus-pubienne), soit la *vagino-fixation de Dührssen, heureusement modifiée par Richelot* (le fond de l'organe reste libre, ce qui ne compromet pas les grossesses ou les accouchements ultérieurs).

Electrothérapie. — Le rôle de l'électrothérapie ne sera pas moins important.

« L'électrothérapie, dit Doléris, rendra de réels services dans les formes hémorragiques de la congestion utérine ». Elle réveille la tonicité des tissus utérins en leur donnant une excitation permanente et durable.

Cette excitation, on peut l'obtenir par :

1° La faradisation ;

2° L'électricité appliquée suivant la méthode de Danion ;

3° Les courants continus, avec intermittentes rythmées (Chéron) ;

4° Le courant sinusoïdal rythmiquement interrompu (Lavat) ;

5° Le courant ondulatoire.

Tous ces moyens sont excellents ; ils réveillent très rapidement le bon fonctionnement de la musculature utérine et combattent ainsi l'engorgement ; mais ils ne sont pas à la portée de tous, demandant une installation spéciale et des connaissances techniques approfondies.

Cures marines. Cures d'altitude. — Il est indéniable que les fluxions génitales s'exagèrent au bord de la mer, du moins pendant les premiers temps, et se manifestent par de la leucorrhée et des métrorragies.

Le climat marin affecte aussi l'élément nerveux : le réveil des névralgies, l'insomnie, l'état d'agitation extrême dont se plaignent certaines jeunes filles prouvent le fâcheux effet de l'air marin sur les nerveuses à spasmes faciles.

Nous devrons donc le proscrire absolument à nos malades qui sont des *nerveuses* et des *congestives*, sous peine de voir leurs troubles s'aggraver.

L'air de la campagne au contraire, le climat d'altitude, leur conviennent mieux par leur action bienfaisante sur la régularisation des fonctions organiques et des échanges nutritifs.

Traitement médical. — Au point de vue du traitement local, pendant les pertes, on associera les injections vaginales très chaudes aux irrigations rectales.

Dans l'espèce qui nous occupe, l'eau chaude agit comme un décongestif puissant dans un état morbide où la congestion est d'abord l'élément essentiel.

Sous l'influence de pareils bains vaginaux et rectaux, on verra souvent l'hémorragie diminuer ou cesser complètement.

Pour obtenir de ce traitement tout l'effet utile, on veillera en même temps à la décongestion complète des

autres organes pelviens, et, pour la réaliser, on luttera contre la constipation qui est de règle chez les arthritiques nerveuses.

A cet effet, tous les laxatifs *non drastiques* sont à recommander. Le cascara sagrada est un des meilleurs, il peut être pris longtemps sans aucun inconvénient.

Une autre question se pose maintenant à nous. Doit-on donner des médicaments à ces malades? Loviot fait remarquer que *tous les médicaments* sont nuisibles aux neuro-arthritiques.

Néanmoins, pour combattre chez elles la dyscrasie acide, on donnera *des alcalins* à haute dose : du bicarbonate de soude et, de temps en temps, des eaux de Vals ou de Vichy. Les iodures à faible dose sont aussi à prescrire. Les sédatifs du système nerveux seront donnés avec réserve. L'antipyrine, la belladone, la valériane et les bromures, si l'on *n'en abuse pas*, seront, dans les cas où l'élément nerveux prédomine, d'un précieux secours.

En cas de coliques utérines très violentes, on pourra avoir recours aux lavements laudanisés, aux suppositoires belladonés et à l'extrait fluide de viburnum prunifolium.

Au moment des pertes, on s'adressera à la médication hémostatique. On pourra prescrire la gélatine à la dose de 3 gr. matin et soir, le chlorure de calcium associé à l'opium, l'ergotine et l'ergotinine.

La teinture de cannelle, l'hydrastis canadensis et l'hamamelis virginica seront indiqués dans les cas chroniques.

L'opothérapie ovarienne et thyroïdienne, visant l'insuffisance de glandes à sécrétion interne, est également à conseiller.

Mais nous ne saurions trop le répéter, il est préférable, chez ce genre de malades, *d'être sobre* de médicaments.

Par les différents moyens que nous venons d'énumérer,

nous aurons réalisé une bonne thérapeutique, à la fois symptomatique et pathogénique. Dans la majorité des cas, elle suffira tant *est grande*, chez *les vierges*, *l'influence de l'état général* sur les troubles fonctionnels de l'utérus.

Traitement chirurgical. — Si, toutefois cependant, cette thérapeutique n'amenait qu'une amélioration passagère, si les métrorragies, continuant, mettaient l'existence de la malade en danger, c'est à une intervention chirurgicale qu'il faudrait, sans hésiter, demander la guérison. C'est qu'en effet une lésion utérine ou ovarienne aurait pu passer inaperçue, malgré un examen génital consciencieusement fait.

Il serait bon alors de procéder graduellement (car il faut être conservateur, puisqu'il s'agit de jeunes filles), intervenir, s'il y a lieu, d'abord sur le col, puis sur la muqueuse utérine et enfin sur les ovaires.

La *dilatation lente* et graduelle du col agit un peu comme elle le fait pour les hémorroïdes, en rétablissant la circulation dans les vaisseaux plus ou moins oblitérés et, par suite, en décongestionnant l'organe. Pour cette dilatation, on procédera à la mise en place successive de de tiges de laminaire de numéros progressivement croissants. Si l'on est assez habile, on se passera de spéculum. C'est, dans ce cas, une opération délicate qui doit se faire sans le contrôle de la vue, en se guidant uniquement sur les perceptions tactiles, en « y voyant avec le doigt », s'il est permis de s'exprimer ainsi. Voici comment M. le professeur de Rouville procéde en pareil cas :

Au moyen d'une pince tire-balles qu'il conduit sur l'index de la main gauche, il saisit le col et, par une traction continue mais légère, le fait descendre près de l'hymen, autant qu'il est possible de le faire. Saisissant alors une laminaire de petit calibre, il la fait glisser le long du

doigt indicateur et l'introduit (parfois avec peine) dans le col utérin. Il fait suivre l'opération d'un tamponnement vaginal et répète cette manœuvre tous les deux ou trois jours, remplaçant chaque fois la laminaire enlevée par un numéro de plus fort calibre.

On doit ainsi obtenir une dilatation du col de la largeur du petit doigt environ. Cette dilatation permet d'explorer l'intérieur de la cavité utérine, de se rendre compte de l'état de la muqueuse et de la présence possible d'un petit polype ou de nodules fibromateux dont on ferait l'ablation. Si l'on se trouve en présence d'une muqueuse dégénérée, fongueuse ou polypeuse, on pratiquera le curettage.

Le professeur Laroyenne commence par dilater la cavité utérine par des bougies de Hégar, nos 21 ou 24 seulement. Après le curettage, qu'il pratique avec la petite curette de Sims, il touche les parois de la cavité utérine avec du coton imbibé de chlorure de zinc et eau en parties égales. Il proscrit toute autre cautérisation qui pourrait déterminer une atrésie, relativement facile à se produire chez les jeunes filles.

Si, malgré ces interventions, les métrorragies persistaient, on serait conduit à faire une laparotomie exploratrice suivie, au cas d'ovaires scléro-kystiques, d'ignipuncture ou de résection partielle de ces derniers.

L'intervention conservatrice a donné parfois de bons résultats. Pozzi la préconise, étant donné l'âge de ces malades.

Si, malgré toutes ces opérations, les phénomènes hémorragiques graves ne cessaient point, il faudrait se résoudre à faire l'hystérectomie totale avec ablation des annexes.

Pour nous résumer, nous dirons donc que, chez les vierges arthritiques nerveuses présentant des métrorragies, le traitement hygiénique et médical, s'adressant à la cons-

titution, à l'état général, donne, dans l'immense majorité des cas, les meilleurs résultats. C'est lui seul que l'on doit d'abord instituer et continuer avec persévérance, lorsqu'un examen génital précoce n'aura rien révélé d'anormal.

En cas d'échec, il ne faudra pas hésiter à recourir à l'intervention chirurgicale qui sera conservatrice ou radicale, suivant les cas.

Observation IV

(In these Bachelier)

Mlle L..., 16 ans, est vue pour la première fois, le 13 *août* 1898.

Antécédents héréditaires. — Père vigoureux, rhumatisant. Mère a souffert pendant longtemps de l'utérus.

Antécédents personnels. — Rougeole à 7 ans. Pas de maladies graves. Fréquentes crampes d'estomac. Constipation habituelle.

Réglée il y a un an : pendant trois jours, la première fois, puis, aménorrhée pendant trois mois. Dans les 6 mois suivants, les règles ont duré 4 à 5 jours. Pas de pertes blanches dans l'intervalle des règles.

A la dernière époque, les règles furent très abondantes et durèrent huit jours ; la malade *souffrit beaucoup* du bas ventre ; elle localise les douleurs éprouvées à cette époque aux deux régions ovariennes. Actuellement, elle garde le lit depuis le début de ses règles qui remonte au 10 juin. La quantité de sang perdu est énorme, dit la mère. Les douleurs abdominales sont assez vives. Aucun remède n'a été prescrit, à part des cataplasmes.

Examen. — Enfant grande, bien constituée, *assez nerveuse*, au dire des parents ; n'a cependant jamais eu de crise de nerfs. *Irritable*, *impressionnable*, *pleure facilement.* Intelligente. N'aurait jamais eu de mauvaises habitudes.

Facies pâle. Rien au cœur. Souffle anémique des jugulaires. Rien aux poumons. Légère dilatation de l'estomac. Température 36°5. Pouls 95.

Examen local. — Ventre assez souple, plat, *régions ovariennes un peu sensibles à la pression.* Hymen intact, pas de vulvite. Le toucher rectal n'apprend rien. L'utérus, facile à délimiter par la palpation abdominale, est antéfléchi et semble de grosseur normale.

Prescriptions. — Trois piqûres de sérum artificiel de 20 grammes, à deux heures d'intervalle, repos absolu, toilettes vulvaires, lavements évacuants, deux injections vaginales très chaudes.

14 *août.* — Etat stationnaire, écoulement peut-être moins abondant. Même traitement.

15 *août.* — Pertes très peu abondantes, deux piqûres de sérum seulement ; on peut atteindre le col conique, de consistance normale. L'utérus paraît avoir les dimensions ordinaires.

16 *août.* — Pertes à peu près disparues. Suppression du sérum.

18 *août.* — Plus trace de sang.

Régime ultérieur. — Lait, œufs, pas de vin. Traitement de la constipation par lavements et Hunyadi-Janos.

Pas d'injections vaginales. Tous les deux jours, douches à peine tièdes, jet brisé, 20 secondes. Bains salés toutes les semaines. Tous les matins, friction au gant de crin et à l'alcool. Exercice modéré.

Pas de règles en septembre.

Réglée le 10 *octobre.* Durée 4 jours. Abondance normale. Pas de douleurs.

Réglée le 11 *novembre.* Normalement.

Réflexions. — Ici, une seule hémorragie, survenue un an après l'établissement des règles ; rétablissement complet de l'état de santé par le traitement général.

Observation V

(In thèse Hepp)

Ménorragies chez une arthritique. Amélioration notable par le traitement général

Mlle B.. , âgée de 19 ans, sans profession, vierge, a été réglée à 15 ans et demi, irrégulièrement ; ses règles sont toujours douloureuses et accompagnées de coliques.

Depuis plus de deux ans, elle se plaint de pertes blanches assez

abondantes, *d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, parfois de douleurs vives.*

Depuis quelques mois, à la suite d'un curettage, les règles *sont devenues très abondantes* et durent 8 jours et plus. Elle a été soignée par divers médecins et surtout à une clinique gynécologique du square des Arts-et-Métiers où, après lui avoir appliqué tampons, vésicatoires, pointes de feu, on lui a pratiqué, à ce qu'elle raconte, un curettage qui n'a fait qu'exagérer les douleurs.

La santé générale paraît bonne, la malade est d'apparence vigoureuse, elle souffre pourtant de *névralgies*, *de migraines* et se plaint de mal digérer, elle présente un léger dégré d'*ectasie gastrique. Nerveuse.*

A l'examen, l'hymen est intact, bien que dilaté et permettant facilement l'examen, le col est conique, à orifice punctiforme, un peu congestionné. Le corps utérin, un peu volumineux, très mobile, tendant à la rétroversion, est douloureux à la pression. Rien du côté des annexes. Les pertes blanches ne sont pas purulentes, mais franchement muqueuses et filantes.

Traitement. — Injections vaginales chaudes. Bains alcalins et douches froides. Cascara sagrada. Hydrastis au moment des règles. Régime antidyspeptique. Au bout de deux mois de ce régime, les *règles* sont *moins abondantes*, la douleur n'est plus continue, les pertes blanches ont diminué, la digestion est facile, le nervosisme très atténué.

En somme, amélioration par le traitement général après divers traitements locaux inutiles.

Observation VI

(In thèse Pallarès)

Hermance G..., 14 ans, vierge, entre à l'hôpital, le 15 juin 1906, pour pertes abondantes et douloureuses au moment des règles.

Antécédents personnels. — Coqueluche et rougeole à 4 ans. Bonne santé habituelle, la malade paraît vigoureuse, mais nous dit mal digérer et ressentir depuis quelque temps des névralgies frontales et des palpitations de cœur.

Elle est facilement *irascible, nerveuse* par conséquent. Réglée, pour la première fois, en mai 1906, les règles durèrent quinze jours et furent assez abondantes pour obliger l'enfant à rester couchée.

Au bout de douze jours, elle allait mieux, lorsque apparurent de nouvelles pertes. Les hémorragies surviennent depuis lors tous les mois et durent une période de 2 semaines. Elles sont abondantes, continues, douloureuses avec exacerbation nocturne. La douleur, sans localisation précise, semble, cependant, prédominer à la région hypogastrique.

Examen. — Cœur et poumons en bon état.

Ni sucre, ni albumine dans les urines. *Pas de fièvre.*

Examen génital : A l'inspection, érythème assez marqué de la région vulvaire et périvulvaire. Les grandes et les petites lèvres sont rouges, brillantes. L'hymen est insuffisamment perforé pour admettre l'index. Aussi fait-on le toucher rectal qui ne révèle rien de particulier et ne détermine pas de douleur hypogastrique. L'utérus paraît en place.

Traitement : 1° Arséniate de soude.
2° Sirop d'hémoglobine Deschiens.
3° Injections vaginales.
4° Douches froides. Régime lacto-végétarien.

Evolution. — L'enfant a été réglée une seule fois depuis son entrée dans le service. Dès l'apparition des pertes (1er juillet), on lui fait prendre 1 gramme d'ergotine dans un julep de 120. Les règles ne durent que 5 jours moyennement abondantes et sans caillots. Plus de rougeur de la région vulvaire.

L'état général, à la date du 12 juillet, est des plus satisfaisants.

Observation VII

(Du Dr L. M. Pierra [1])

Ménorragies, dysménorrhée. Guérison par le traitement général

Mlle T..., âgée de 16 ans, vierge.

De souche arthritique (je soigne une sœur pour de l'entérite muco-membraneuse ; le père est emphysémateux, la mère a des névralgies rebelles et des varices). *Règles* apparues il y a six mois, très douloureuses, prolongées (6 à 8 jours). Le 17 juin 1902, je suis appelé auprès de cette jeune fille parce que les règles durent depuis 10 jours, avec des coliques et des migraines intenses.

Examen. — Pas de toucher vaginal ; mais, à la palpation, utérus *énorme et mou*. Aucun phénomène douloureux et réactionnel. Température et pouls normaux.

Examen général. — Gastrectasie.

Traitement. — Je prescris d'abord repos au lit, injections chaudes, hémostatiques ordinaires (ergot, hydrastis). Pas de résultat. L'hémorragie continue, anémiant la malade au point qu'il a fallu faire deux ou trois injections de sérum.

Les jours suivants, massage léger. L'utérus durcit, l'hémorragie s'arrête.

Régime lacté (lait coupé d'eau de Vichy), puis lacto-végétarien. Iodure de sodium (50 centigr. par jour). Cascara sagrada.

Le mois suivant, les règles sont encore abondantes, mais indolores.

Après 4 mois de traitement ioduré, appétit redevenu excellent, constipation disparue, règles normales (5 ou 6 jours).

J'ai revu cette jeune fille, pour la dernière fois, en décembre 1903. Elle est aujourd'hui parfaitement réglée, et l'état général est on ne peut plus satisfaisant.

---

(1) Contribution à l'étude de la congestion utérine primitive chez les arthritiques nerveuses.

Observations VIII

(In thèse Cros)

Ménorragies. — Menstruation douloureuse. — Utérus fibromateux lisse. — Ptose viscérale. — Ascendance neuro-arthritique. — Amélioration par le traitement général.

Marie M..., 21 ans, réglée à 14 ans.

Les règles sont douloureuses depuis le début de la menstruation, au point d'imposer souvent trois au quatre jours de repos au lit, des cataplasmes laudanisés. Elles durent 7 ou 8 jours, abondantes.

Par le toucher rectal (la malade est vierge), on sent l'utérus sensiblement augmenté de volume, dur avec de vagues bosselures. Les trompes sont, elles aussi, un peu épaissies ; pas d'adhérences.

Un peu de ptose du rein droit avec, de loin en loin, quelques crises douloureuses.

Après les règles, pertes blanches pendant trois ou quatre jours. La malade a tiré quelque soulagement de frictions sèches, bains chauds, régime végétarien, iodure de potassium à faibles doses.

Quelques particularités à noter chez les ascendants.

Le père est atteint de rhumatisme erratique articulaire. La mère a, depuis l'âge de 30 ans, des accidents liés à une ptose accentuée des deux reins et du côlon transverse, avec accidents gastralgiques grandement améliorés par une sangle de Glenard, remplacée utilement, depuis six mois, par un corset-sangle Réos.

— Une sœur de la mère est atteinte de ptose viscérale, de névralgies faciales, de migraines, de menstruation douloureuse.

(Ces personnes sont suivies par M. le professeur Tédenat depuis une dizaine d'années.)

Observation IX

(Résumée, in thèse Gueller)

Métrorragies. — Curettage. — Mort. — L'autopsie montre deux ovaires scléro-kystiques volumineux

X..., âgée de 19 ans. Entre dans le service de M. Reclus. Elle est vierge. N'a fait aucune maladie importante. (Les antécédents héréditaires ne sont pas signalés.)

Le toucher vaginal est pratiqué. L'utérus est petit, mobile, les culs-de-sac libres.

On pratique un curettage. La métrorragie cesse cependant quelques jours, mais reparaît bientôt aussi abondante. La malade est pâle, affaiblie, on la fait passer dans le service de médecine de M. Chauffard.

Là, on essaie vainement tous les médicaments hémostatiques. On fait des tamponnements vaginaux. Malgré tout, le suintement sanguin persiste. La malade a constamment des vertiges et finalement meurt dans une syncope.

A l'autopsie. — Les viscères apparaissent blancs, décolorés, absolument exsangues. Il n'existe aucune lésion apparente des poumons et du cœur.

L'utérus est atrophié ; le col relativement volumineux. Les trompes sont saines. Par contre, les *ovaires* sont *volumineux*, en *dégénérescence scléro-kystique*.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

Parmi les nombreuses causes de métrorragies virginales, le neuro-arthritisme doit occuper une des premières places.

Diathèse congestive et sclérosante, il provoque des poussées fluxionnaires, ou crée des lésions précoces de dégénérescence scléreuse dans l'utérus et ses annexes.

Ces troubles ou ces lésions se manifestent chez les vierges par des métrorragies ou des ménorragies, justiciables, quelquefois d'une intervention chirurgicale mais *disparaissant dans, la majorité des cas, sous l'influence d'un traitement général rationnel.*

BIBLIOGRAPHIE

ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1857.

BACHELIER. — Thèse de Paris, 1898.

BLANC. — Loire médicale, 1896.

BOUILLY. — La sclérose utérine et la vraie métrite. Compte rendu de la Soc. d'Obst., de Gyn. et Pédiâtrie. Paris, 1er juin 1900.

BOUCHARD. — Traité de pathologie générale.

BOUTON. — Métrites des vierges. Thèse de Paris, 1887.

BRIOUDE. — Sclérose de l'utérus. Thèse de Paris, 1896.

BYFORD. — Pathogénie des métrorragies essentielles, 1876.

CASTAN. — Les métrorragies des jeunes filles. Thèse de Paris, 1899.

COURTY. — Traité des maladies utérines, 1881.

CROS. — Le syndrome utérin fonctionnel de nature neuro-arthritique. Thèse de Montpellier, 1906.

DOLÉRIS. — Troubles utérins d'origine dégénératrice. Sclérose utérine (La Gynécologie, 1901).

— Métrites et fausses métrites. Paris, 1902.

DALCHÉ. — Métrite utérine chez une vierge. Gaz. méd. de Paris, 1888.

— Métrorragie dans les maladies du foie. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1897.

— Métrorragie dans les maladies du cœur. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1899.

— Gaz méd. des Hôpitaux, 3 et 10 juillet 1906.

— Bull. médical, 22 juin 1912.

DUPARQUE. — Traité des maladies de la matrice. Paris, 1839.

DUPUY. — Des métrorragies essentielles ou idiopathiques. Paris, 1892.

GUELLER (Mlle). — Thèse de Paris, 1901.

GUITZBERG (Mlle). — Contribution à l'étude de la kinésithérapie. Thèse de Montpellier, 1905.

Hepp. — Sclérose utérine et métrites chroniques. Thèse Paris, 1899.

Lejeune. — Hygiène et traitement de l'arthritisme, 1911.

Loviot. — Traitement de l'hémorragie et de la congestion utérine chez les neuro-arthritiques. Annales de la Soc. Obst. de France, 1902.

Mauban. — L'arthritisme, ses principales manifestations et son traitement.

Pierra. — Contribution à l'étude de la congestion utérine primitive chez les arthritiques nerveuses (La Gynécologie, 1904).

Pozzi. — Traité de gynécologie, 4e éd.

Récamier. — Bulletin de l'Académie de médecine, février 1850.

Reclus. — Journal des Praticiens, 5 mai 1906.

Richelot. — Les pseudo-métrites des arthritiques nerveuses. Bull. médical, 15 mars 1899.

— La sclérose utérine et la vraie métrite. Sem. Gyn., 1899.

Richelot et Barozzi. — Congestion et sclérose de l'utérus. La Gynécologie, 1900.

Rouville (de). — Consult. de gynécologie.

Siredey. — Des ménorragies essentielles des jeunes filles. Sem. méd., 25 février 1900.

— Grandeur et décadence de la congestion utérine.

Scanzoni. — De la métrite chronique (trad. Suffermann, Paris, 1866).

Stapffer. — Traité de kinésithérapie gynécologique.

Villate de Penfeillhoux. — Thèse de Paris, 1895.

Weil (E.). — Société de biologie, 27 avril 1912.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 15 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 15 juillet 1912
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.